Rok XLIII. Kraków 14 Maja 1904. Nr. 20.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego

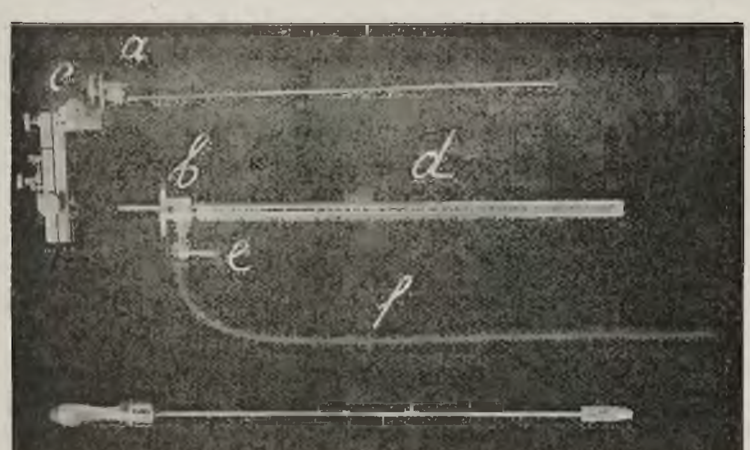
Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

I. Nowy aëro-uretroskop.

Podał
Dr. Wasserthal (Karlsbad).

W roku 1887 opisał v. Antal[1]) przyrząd, który nazwał „aëro-uretroskopem“, a którego przeznaczeniem miało być rozszerzenie cewki zapomocą ciśnienia powietrza i umożliwienie jednoczesnego obejrzenia większej powierzchni błony śluzowej. Główną wadą przyrządu Antala było niedostateczne oświetlenie od zewnątrz zapomocą reflektora. Prawdopodobnie z tego powodu przyrząd ten nie znalazł szerszego zastosowania.

Nie znając jeszcze przyrządu Antala, zbudowałem własny, który umożliwia rozdęcie cewki pod kontrolą oka. Podstawę tego nowego przyrządu stanowi znany i powsze-



chnie używany uretroskop Oberlaender-Valentina, który zmodyfikowałem odpowiednio do naszego celu, jak to objaśnia rysunek.

a przedstawia stożek, przyszlifowany hermetycznie do części *b*, która przy *c* jest zamkniętą zapomocą płytki szklanej (ewentualnie soczewki powiększającej Luysa)[2]).

Stożek *a* i płytka *c* zamykają hermetycznie rurkę *b*. Z boku rurki *d* znajduje się kurek *e* i rurka gumowa *f*, przez które zapomocą większej strzykawki lub balonika można wtłoczyć powietrze.

Uchodzeniu powietrza do pęcherza zapobiega się uciskiem na cewkę w kierunku spojenia łonowego od zewnątrz, lub też przez wprowadzenie palca do odbytnicy.

Przyrządu tego używa się zupełnie tak, jak przyrządu Valentina.

W porównaniu ze zwykłym uretroskopem ma przyrząd ten następujące zalety:

Obejmuje się okiem jednocześnie większe przestrzenie błony śluzowej cewki i zarazem otrzymuje się pojęcie o jej własnościach, o stopniu rozszerzalności i zbitości błony śluzowej. Tam, gdzie badanie zapomocą *„bougie à boule“* nie daje wyników dostatecznych, przyrząd nasz może oddać niezaprzeczone usługi. Jeżeli skośnie ścięty koniec rurki *d* przytkniemy do ściany cewki, otrzymujemy okrągłe pole widzenia i możemy odpowiadającą mu część błony śluzowej zniedokrwnić przez ciśnienie powietrza. Dzięki czemu znajdujące się w polu widzenia gruczoły, polipy, części zapalone, gruzełki i t. p. bardziej się odcinają od bladego tła i tem lepiej wpadają w oko.

Widzimy tedy, że zniedokrewnienie błony śluzowej, które jako jeden z ważnych zarzutów stawiano przyrządowi Antala, może być zużytkowane w celach rozpoznawczych.

Ma się rozumieć, że przyrządu tego można także używać, jako zwykłego uretroskopu Valentina. Wogóle zaś służy on, jako uzupełnienie sposobu rozpoznawania wziernikowego cewki w granicach, zakreślonych przez metodę endoskopową.

[1]) Centralblatt f. Chirurgie Nr. 20, 1887.

[2]) Presse medicale Nr. 32, 1903.

II. Uwagi nad powstawaniem chorób zakaźnych.

Napisał
Dr. Adam Wrzosek.

(Podług wykładu w Towarzystwie lekarskiem krakowskiem na posiedzeniu dnia 2 grudnia 1903 r.)

(Ciąg dalszy).

Do ery bakteryologicznej główną, niemal wyłączną rolę w powstawaniu chorób zakaźnych przypisywano ustrojowi. Pogląd ten uległ zupełnej zmianie, gdy odkryto drobnoustroje, po wstrzyknięciu których zwierzętom i ludziom*) występowały choroby zakaźne. Od tego czasu zaczęto uważać drobnoustroje za wystarczającą, a zarazem jedyną przyczynę chorób zakaźnych i nazwano je zarazkami swoistymi. Głównymi rzecznikami tego poglądu byli Klebs, Koch, Loeffler, J. Cohn, Baumgarten, a nawet hołdował

*) W piśmiennictwie znajdują się wzmianki o tych czynionych na ludziach, a jednak nieludzkich doświadczeniach. I tak jeden z doświadczających wywołał u ludzi zdrowych poprzednio dur powrotny po wstrzyknięciu im krwi, zawierającej krętowłoski (*spirochaete*) Obermeiera; drugi zaszczepił w Honolulu trąd złoczyńcy, skazanemu na śmierć; trzeci szczepił ludziom krew, zawierającą *plasmodia malariae* z wynikiem „pomyślnym“; czwarty opisuje napad cholery u 19-letniego młodzieńca, który spożył hodowlę przecinkowców cholery po uprzedniem zobojętnieniu sobie soku żołądkowego węglanem sodu.

mu w początku i Pasteur. A chociaż Koch, Baumgarten i inni bronią dotąd poglądu, że każdy osobnik zachorować musi, skoro tylko wtargną do jego ustroju drobnoustroje, jadowite dla gatunku, do którego dany osobnik należy, to jednak pogląd ten żadną miarą w nauce ostać się nie mógł i nie może.

Już w r. 1880 wystąpił w Niemczech Virchow([64]), a we Francyi Bouchard([16]) w obronie roli ustroju w powstawaniu chorób zakaźnych, a zarazem przeciw skrajnie bakteryologicznej szkole. Virchow w polemice z Klebsem wyraźnie zaznaczył, iż drobnoustroje nie wystarczają do wyjaśnienia powstawania chorób zakaźnych: „die Pilze an sich noch nicht genügen, um volle Erklärung der Infectionserscheinungen zu geben.“ Również Bouchard z naciskiem podniósł, iż obok drobnoustrojów jadowitych sam ustrój odgrywa pewną rolę w chorobach zakaźnych. Pogląd ten, rzec można, stał się obecnie panującym w nauce.

Za doniosłością roli, jaką odgrywa ustrój w chorobach zakaźnych, przemawia cały szereg spostrzeżeń i doświadczeń.

Wiadomo powszechnie, że nawet podczas bardzo groźnych epidemii, w czasie których wszyscy niemal ludzie w pewnej miejscowości narażeni są w równej mierze na zakażenie, tylko część choruje, a jeszcze mniej umiera. W opisach rozmaitych epidemii znajdujemy niejednokrotnie wzmianki, że z początku choroba epidemiczna miała przebieg daleko groźniejszy, niż później.

Długosz, opisując epidemię w r. 1348*), podaje, że w pierwszych dwóch miesiącach zaraza zabijała chorych w ciągu trzech dni, gdy później nie miała już tak gwałtownego przebiegu, albowiem w ciągu następnych pięciu miesięcy choroba trwała dni pięć

Wytłómaczyć możnaby to w ten sposób, że w początku epidemia była najgroźniejsza, gdyż zapadali na zarazę najmniej odporni, później więcej odporni i u tych choroba dłużej trwała, wreszcie epidemia wygasła, gdyż pozostali przy życiu tylko ludzie, na zarazę zupełnie odporni.

Podobny opis przebiegu epidemii cholery znajdujemy u Jędrzeja Śniadeckiego([62]). „Panująca u nas cholera, pisze Śniadecki, była oczywiście w początkach bardzo gwałtowna i wszystkich niemal ubijała; po upłynieniu dni kilkunastu ułagodziła się znacznie i często leczyć się dała. Gdy zaś złagodniała zupełnie i ustawać się niemal zdawała, najwięcej i najmocniej zapadali nowo przybywający z miejsc zdrowych.“

Według Hueppego([32]) w Niemczech podczas epidemii cholery zapadło na nią 3% do 7% ludności, czyli że od 93% do 97% mieszkańców jest na zarazę odpornych.

Drobnoustroje przeto nie są jedyną i wystarczającą przyczyną chorób zakaźnych, jak to przypuszczają zwolennicy skrajnie bakteryologicznego kierunku. Bo jeśli n. p. jedyną przyczyną cholery miałby być przecinkowiec Kocha, jak to utrzymuje ten wielki badacz([38]), to niezrozumiałym byłby fakt, że podczas epidemii cholery w wypróżnieniach ludzi zupełnie zdrowych znajdowano przecinkowce cholery. Jeśli prątek wąglika miałby być wystarczającą przyczyną tej choroby, to trudno byłoby pogodzić z tym fakt, że psy są odporne na zakażenie wąglikiem, podczas gdy szczenięta są na nie wrażliwe. Również nie można byłoby zrozumieć, dlaczego jeden szczur znosi bez szwanku zakażenie bardzo jadowitymi lasecznikami wąglika, gdy inny pada po wstrzyknięciu mu pierwszej szczepionki Pasteurowskiej.

Nie można nazwać gronkowca złocistego wystarczającą przyczyną ropy, drobnoustrojem, „ropotwórczym“, gdyż nie wywiera on bynajmniej szkodliwego skutku, jeśli go wstrzykniemy zwierzęciu w niewielkiej ilości pod skórę. Ta sama jednak niewielka dawka, wstrzyknięta pod skórę zwierzęciu tego samego gatunku, wywołuje ropień, jeśli ją wstrzykniemy w 25% roztworze cukru gronowego. Na ciekawe to zjawisko pierwszy zwrócił uwagę Bujwid([14]), który je badał wraz z Grodeckim. Wyniki badań Bujwida zostały rychło potwierdzone przez Karlińskiego i Janowskiego.

Podług Grawitza([35]) same drobnoustroje ropne, wstrzyknięte do jamy brzusznej zwierzęcia w płynie obojętnym, nie są w stanie wywołać zapalenia otrzewnej, nawet jeśli je wstrzyknąć w wielkiej ilości. Późniejsze badania wykazały, iż odgrywa tu bardzo ważną rolę jadowitość wprowadzonych do jamy brzusznej drobnoustrojów, oraz ich liczba. Niewielka liczba nawet bardzo jadowitych drobnoustrojów ropnych, wstrzyknięta do jamy brzusznej, zazwyczaj nie jest w stanie wywołać u zwierząt jakichkolwiek złych skutków.

Znaną powszechnie jest rzeczą, że *diplococcus pneumoniae* może znajdować się u ludzi zdrowych, nie wywołując bynajmniej zapalenia płuc; toż samo znajdowano niejednokrotnie u ludzi zdrowych, prócz gronkowca i paciorkowca ropnego, również laseczkę durową, laseczkę błoniczą (Loeffler), zarazek gruźlicy (Straus) i t. d.

Jak dalece poza drobnoustrojami i inne czynniki, jak głód, obniżenie ciepłoty i t. d., odgrywają ważną rolę w powstawaniu chorób zakaźnych, dowodzą liczne doświadczenia, wykonane przez wielu badaczy.

Canalis i Morpurgo([16]) zauważyli, iż u głodzonych kur i gołębi można wywołać chorobę, szczepiąc im laseczniki wąglika. Badaczom tym udawało się wywołać chorobę u kur i gołębi, jeśli głodzenie poprzedzało zakażenie lasecznikami wąglika, lub natychmiast po niem następowało. Natomiast, jeśli po wstrzyknięciu laseczników wąglikowych zwierzęta dostawały swoje zwykłe jadło, to pozostawały zdrowe.

Niemniej ciekawe są wyniki badań Arloinga, Cornevina i Thomasa, Nocarda i Rouxa([16]). Badacze ci zauważyli, iż daleko łatwiej można wywołać chorobę u zwierząt po wstrzyknięciu im prątków obrzęku złośliwego (*vibrion septique*) jednocześnie z nieznaczną ilością kwasu mlecznego, niż po wstrzyknięciu samych prątków.

Wiadomo, że polne i leśne myszy są bardzo wrażliwe na zakażenie prątkami nosacizny; natomiast myszy domowe i myszy białe są na to zakażenie odporne. Można jednak białe myszy pozbawić tej odporności, jeśli wywołać u nich moczówkę cukrową za pomocą florydzyny, jak to wykazał Leo([32]) Z doświadczeń Charrina i Rogera([16]) wynika, że wyczerpanie usposabia ustrój do chorób zakaźnych. Doświadczenie swoje Charrin i Roger wykonywali w ten sposób, że szczury, zaszczepione lasecznikami wąglikowymi lub prątkami obrzęku złośliwego, zmuszali biegać w klatkach,

*) Epidemia ta, najstraszniejsza o jakiej wspomina historya, grasowała w Europie w XIV stuleciu (1347—1352) pod nazwą czarnej zarazy lub czarnej śmierci (*mors nigra*). Do Polski wtargnęła ona w styczniu 1348 r.

specyalnie na ten cel urządzonych, w ciągu trzech dni po 2 do 8 godzin dziennie. Dla kontroli zakażali w ten sam sposób pewną liczbę szczurów, które pozostawiali w spokoju. Okazało się, iż szczury, które po zakażeniu zmuszone były biegać, padały zawsze wcześniej, niż te, które pozostawione były w spokoju. Często zdarzało się również, że pierwsze padały, gdy drugie znosiły zakażenie.

Platania(28) podaje, że można gołębie za pomocą chloroformu, a psy za pomocą alkoholu pozbawić odporności na zakażenie laseeznikami wąglika.

Według Kleina i Coxwella(28) można u szczurów białych i żab wywołać śmiertelne zakażenie wąglikowe, jeśli je zakazić w czasie kilkuminutowego uśpienia mieszaniną chloroformu i eteru w równych częściach.

Zdaniem Hankina (28) dzikie brunatne dorosłe szczury są wrażliwsze na zakażenie prątkami wąglika, gdy się je żywi chlebem, niż gdy dostają mięso.

Nieraz samo miejsce zakażenia odgrywa rolę decydującą w powstawaniu chorób zakaznych. Przecinkowiec cholery, wstrzyknięty podskórnie człowiekowi nawet w wielkich dawkach, wywołuje tylko nieznaczne zaburzenia; tenże drobnoustrój, wprowadzony do przewodu pokarmowego, wywołuje typową cholerę azyatycką (49).

Zanważono, iż te zwierzęta (białe myszy, świnki morskie), które łatwo ulegają wąglikowi po wstrzyknięciu im pod skórę laseczników wąglikowych, są nadzwyczaj odporne na zakażenie drogą przewodu pokarmowego; natomiast bydło rogate, wrażliwe na zakażenie laseeznikami wąglika drogą przewodu pokarmowego, jest mało wrażliwe na podskórne wstrzykiwanie tych zarazków (43).

Jeśli wstrzyknąć zwierzęciu prątki złośliwego obrzęku wprost do krwi, to zwierzę nie pada, a przeciwnie nabywa nawet odporności na to zakażenie. Jeśli jednak tego samego gatunku zwierzęciu wstrzykniemy zarazki pod skórę, to zwierzę w ciągu 24 godzin pada (16).

Czynniki termiczne bez zaprzeczenia mają również pewne znaczenie w powstawaniu chorób zakaźnych. N. p. w zapaleniu płuc znaczną nieraz rolę odgrywa zaziębienie, jak to już dawni lekarze zauważyli ucząc, iż *frigus unica pneumoniae causa*.

Klasyczne doświadczenia Pasteura i Jouberta(49) wykazują dobitnie, jaki nieraz może mieć wpływ na powstawanie chorób zakaźnych obniżenie ciepłoty ciała. Przez pewien czas sądzono, że kury są zupełnie odporne na zakażenie laseeznikami wąglika. Można im wstrzykiwać duże dawki jadowitych laseczników wąglika bez wszelkiego skutku. Dopiero Pasteur i Joubert dowiedli, że zwierzęta te nie są jednak zupełnie odporne na zakażenie rzeczonymi drobnoustrojami. Badacze ci po zaszczepieniu kur lasecznikami wąglika zanurzali dolne ich kończyny do zimnej wody, aby obniżyć ciepłotę ciała. W tych warunkach kury traciły odporność na zakażenie i niechybnie padały.

Zdaniem Wagnera (49) główną rolę odgrywa tu fagocytoza, która u kur prawidłowyah występuje w stopniu wybitnym, gdy u kur z obniżoną ciepłotą jest ona bardzo nieznaczną. Nadto Wagner zrobił spostrzeżenie, że obniżając ciepłotę kur za pomocą antypiryny lub chloralu, można je również pozbawić odporności na zakażenie lasecznikami wąglika.

Wpływ czynników termicznych jeszcze widoczniej występuje w pewnej chorobie zakaźnej u żab, opisanej przez Ernsta(21). U zwierząt tych występuje wiosną choroba epidemiczna śmiertelna, ustająca zupełnie z nastaniem lata. Chorobę tę wywołuje lasecznik bardzo drobnych rozmiarów, odkryty przez Ernsta — *bacillus ranicida*. — Ernst, postanowiwszy zbadać powstawanie rzeczonej epidemii żab, wstrzykiwał im w jesieni duże dawki hodowli *b. ranicida*. Część ich umieszczał w cieplarce o 25°, drugą zaś część trzymał w ciepłocie nizkiej. Okazało się, że pierwsze żaby znosiły zakażenie wcale dobrze, gdy drugie padały. Następnie w lecie powtórzył Ernst swe doświadczenia. Część zaszczepionych żab trzymał w ciepłocie pokojowej, natomiast drugą część w miejscu ochłodzonem do 6°—10°. Pierwsze żaby pozostały przy życiu, gdy wszystkie, trzymane w niższej ciepłocie, padły. Z dalszych doświadczeń okazało się, że żaby, trzymane przez kilkanaście dni w niższej ciepłocie (7 R), a następnie przeniesione do ciepłoty pokojowej i natychmiast zaszczepione *b ranicida*, również padały. Wreszcie nie można było żab uodpornić na zakażenie nawet wielkiemi dawkami hodowli *b. ranicida*, wstrzykiwanemi w ciepłocie pokojowej. Co najciekawsze może w tych doświadczeniach Ernsta, to stwierdzenie faktu, że *b. ranicida* daleko lepiej rośnie w ciepłocie od 22° do 30°, niż w ciepłocie nizkiej.

Uraz również odgrywa pewną rolę w powstawaniu chorób zakaźnych, zwłaszcza takich, jak ostre zapalenie szpiku kostnego, oraz gruźlica stawów i kości. Podług zestawienia Gebelego (63) 28% przypadków ostrego zapalenia szpiku kostnego jest pochodzenia urazowego. Sprenger, zestawiając 163 przypadki gruźlicy stawu skokowego i kości, składających ten staw, w 31% mógł wykazać uraz, który poprzedzał chorobę.

Jest rzeczą powszechnie wiadomą, że niektóre zawody sprzyjają bardzo powstawaniu gruźlicy, że wspomnę tylko szlifierzy szkła, tkaczy i robotników w fabrykach tytoniu.

Niejednokrotnie zwracano już uwagę na związek, jaki zachodzi między pijaństwem, a szerzeniem się gruźlicy.

Wogóle złe warunki ekonomiczne, a co za tem zwykle idzie i złe warunki zdrowotne znacznie się przyczyniają do powstawania gruźlicy. Mówią nam o tem wymownie statystyczne liczby, zebrane przez Gebhardta. Wykazał on, iż w miarę zmniejszania się dochodu wzrasta śmiertelność wskutek gruźlicy. W Hamburgu np. na 1000 osób, płacących podatki od dochodu rocznego ponad 3500 marek, wypada 1,07 przypadków śmierci z gruźlicy; na tyleż osób z dochodem 2000 do 3500 marek — 2,1; z dochodem 1200 do 2000 marek — 2,64; z dochodem 900—1200 marek — 3,93.

Co się tyczy swoistych własności drobnoustrojów jadowitych, to i ta sprawa przedstawia się w świetle późniejszych badań inaczej, niż przedstawiano ją sobie dawniej. Okazało się z jednej strony, że ten sam drobnoustrój może wywoływać różne sprawy chorobowe, z drugiej zaś strony, że ta sama sprawa chorobowa może być wywołana przez zgoła różne drobnoustroje. *Diplococcus pneumoniae* znajdowano w zapaleniu płuc, ale znajdowano go również w ostrem zapaleniu szpiku kostnego. W zapaleniu płuc najczęściej spotyka się *diplococcus pneumoniae* Fraenkla-Weichselbauma, lecz również i inne pasorzyty mogą wywoływać tę chorobę, a mianowicie *bacillus pneumoniae Friedlaendera*, paciorkowiec i gronkowiec złocisty. Z ropy w zapaleniu

szpiku kostnego udało się wyhodować i gronkowca złocistego, cytrynowego, białego, i paciorkowca, i diplokoka zapalenia płuc, i laseczkę durową i inne bliżej nieokreślone drobnoustroje (Lannelongue ([41]). W cholerze swojskiej znajdowano i laseczkę okrężnicy (Hueppe), i przecinkowca *Finkler-Priora*, i paciorkowca i inne bliżej jeszcze nieokreślone drobnoustroje. Zapalanie wsierdzia może być wywołane przez prątki durowe i przez pneumokoki i przez gronkowce i przez paciorkowce. Ropę, według zestawienia Janowskiego ([33]), może wywołać aż kilkanaście gatunków drobnoustrojów, a mianowicie: gronkowce, paciorkowiec róży, pneumokoki Fränkel-Weichselbauma, prątek durowy, gonokoki, prątek okrężnicowy, laseczník wąglika, *b prodigiosum*, *micrococcus tetragenus*, laseczník ropy błękitnej, *micrococcus pyogenes tenuis*, *bacillus pyogenes foetidus*, *diplococcus intracellularis* Weichselbauma, *bacillus pneumoniae* Friedländera, zarazek gruźliczy i inne rzadziej opisywane drobnoustroje.

Dawniej uważano jadowitość drobnoustrojów za cechę ich stałą. Ale gdy Buchner z jadowitych laseczników wąglikowych otrzymał hodowle niejadowite, pogląd ten upadł. Teraz wiadomo, że jadowitość drobnoustrojów jest cechą nader zmienną w zależności od warunków środowiska, w którem drobnoustroje przebywają. Z jednej strony z najjadowitszych drobnoustrojów można wyhodować zupełnie niejadowite, z drugiej zaś strony niektóre drobnoustroje, wegetujące w zwykłych warunkach jako roztocze, w pewnych okolicznościach mogą się stać jadowitymi. Grawitz i de Bary ([33]) pierwsi zwrócili uwagę na to, że można wywołać u zwierząt (szczurów, królików, psów) ropień po wstrzyknięciu im pod skórę *b. prodigiosum* w czystej hodowli. Prof. Klecki wykazał, że prątek okrężnicowy może się przyczynić do powstawania zapalenia wyrostka robaczkowego i otrzewnej ([35], [37]); ten sam drobnoustrój może wywołać nadto cały szereg innych chorób, a nawet zakażenie ogólne (*colibacillosis*).

Słowem dawniejsze pojęcie swoistości drobnoustrojów jadowitych obecnie w nauce utrzymać się nie może.

(C. d. n.)

III. Replantacya, transplantacya i implantacya zębów.

Według wykładu mianego w Tow. lek. krak. d. 21 kwietnia 1904.

Podał

Doc. Dr. Wincenty Łepkowski.

(Ciąg dalszy).

Drugi punkt, to jest postępowanie anty- i aseptyczne. Wszelkie zastosowanie silniejszych antyseptyków jest rzeczą niszczącą, co prawda, chorobotwórcze drobnoustroje, ale zarazem drażniącą tkanki, a tem samem utrudniającą proces gojenia. Użycie antyseptyków zależnem będzie pod względem ich jakości i rozczynu od procesu chorobowego, który replantacyę spowodował. Niektórzy autorowie radzą przepłókiwanie jamy ust przed rękoczynem antyseptykami, jakoto: tymolem, rozczynem kwasu karbolowego, sublimatem, 3% wodą borową na wpół ze spirytusem i t. d; dalej pędzlowanie dziąsła ponad zębem nalewką jodową, alkoholem (Römer) i t. d. Teoretycznie zdawałoby się, że jest to rzeczą niezbędną, konieczną i wskazaną; praktycznie niema to jednak wielkiego zastosowania, gdyż wyjałowienie jamy ust jest rzeczą wprost niemożliwą. W szeregu replantacyi, wykonanych w tutejszem ambulatoryum, ograniczyliśmy się jedynie do wyjałowienia dokładnego narzędzi operacyjnych, rąk, do przepłókiwania ust zwykłą wodą. Wszelkie inne antyseptyki silnie działające odkładaliśmy na bok, aby nie drażnić otaczających części miękkich w okolicy pola operacyjnego.

W dalszym ciągu nasuwa się pytanie, czy należy traktować wyjęty korzeń zęba środkami antyseptycznymi? Kwestya ta zależna jest wprost od anatomiczno-patologicznych zmian, jakie na osłonce zęba znajdujemy, t. j. od przyczyny, dla której ząb został wyrwany. Jeżeli uderzenie zadziałało i ząb został ze swojego zębodołu wywichnięty, to odprowadzenie odbyć się powinno bez poprzedniego wyjęcia zęba, a więc i bez żadnych środków odkażających Gdy ząb przez uderzenie zupełnie wyrzucony z zębodołu pada na ziemię, musimy użyć środków antyseptycznych. Następowo starać się trzeba, aby te środki o ile możności usunąć wodą wyjałowioną. Mogą one bowiem drażnić tkankę, wyścielającą zębodół i przeszkadzać pomyślnemu wynikowi replantacyi.

Przeciwnego zdania jest Steinkamm, który traktuje korzeń zęba obficie gorącym sublimatem $^1/_{100}$, przestrzykuje kanał zębodołowy ciepłym 3% lysolem, wprowadza do tego kanału na wacie zgęszczony kwas karbolowy w małej ilości i tymże zgęszczonym kwasem traktuje zewnętrzną osłonkę korzenia. Tego wszystkiego jest chyba za dużo i mimo świetnych wyników, jakie w swej statystyce autor wykazuje, zbyt silne środki wyjaławiające nie mogą być bez ujemnego wpływu na tkanki, a tem samem na gojenie. W naszych przypadkach pod tym względem szliśmy drogą pośrednią, a wyniki, otrzymane tą drogą, wcale nie są gorsze od wyników innych autorów. Ząb po wyjęciu bywał oskrobany z ozębnej, przyczem usuwano wszystko mechanicznie, co mogło być chorobowo zmienione. Następnie całe postępowanie podczas plombowania korony i kanału korzenia odbywało się przy ciągłem zlewaniu rozczynem sublimatu ($^1/_{5000}$), poczem bezpośrednio przed replantacyą zanurzano ząb w alkoholu absolutnym, a pozostały alkohol na zębie zapalano dla podwyższenia jego ciepłoty. Koniec korzenia zęba ucinamy 1 do 2 mm. kleszczami resekcyjnemi, a następnie wyczyszczamy cały kanał zębowy korzeniowym świderkiem, traktujemy go przetworami przeciwzakaźnymi i plombujemy cementem korzeń i koronę.

Niektórzy autorowie, jak Römer, zostawiają w kanale korzenia eugenol, inni kwas karbolowy z olejkiem gwoździkowym, dalej tymol, sublimat i t. d. Właściwie zostawianie przetworów odkażających jest rzeczą zbyteczną. Skoro bowiem raz kanał uczyniono jałowym i hermetycznie zamknięto, o zakażeniach z tej strony obawy niema. Koniec korzenia polecają plombować złotem lub zanitowywać ćwieczkiem platynowym. W naszych przypadkach używaliśmy, idąc za przykładem metody, którą podał Szabó z Budapesztu, zanurzania końca korzenia w łatwo topliwej parafinie. Po tem postępowaniu następowała replantacya.

W ostatnich czasach niektórzy autorowie, jak Younger i Amoëdo radzą, ażeby korzeń zęba częściowo odwapnić, ponieważ ich kliniczne w tym kierunku doświadczenie wykazało, że szybciej i pewniej umacnia się ząb, czę-

ściowo odwapniony, niż nieodwapniony, a poza tem ząb odwapniony jest tymsamem wyjałowiony. Postępowanie w mowie będących autorów, które oni szczególnie przy implantacyi stosowali, jest następujące: Ząb gotuje się w 2% kwasie karbolowym; następnie wklada się na trzy do czterech godzin w 10% kwas solny i dotąd się go w tym roztworze zostawia, dopóki wbiciem przynajmniej na $^1/_3$ mm. końca noża nie stwierdzimy częściowego odwapnienia. Tej procedurze ma być poddany naturalnie tylko sam korzeń, bez naruszenia korony. Aby znieść żrące działanie kwasu solnego, wymywa się korzeń w jałowej wodzie, zobojętnia amoniakiem i tak przygotowany można implantować, transplantować lub replantować

Römer ze Strasburga miał trzy lata temu na Zjeździe niemieckich stomatologów odczyt o replantacyi. Za pierwszy warunek udania się operacyi stawia żywotność osłonki korzenia. Twierdzi, że ona jest właśnie podstawą do gojenia, a skoro ząb przechowany jest w ogrzanym roztworze soli kuchennej i napowrót w tosamo miejsce włożony, krążenie w tkance może być przywrócone. Postępowanie Römera nie różni się wiele od innych autorów, a poddając krytycznej rozwadze prace jego, przyznać mu musimy racyę, ale tylko w tych przypadkach, w których osłonka jest zupełnie zdrową, o więc w takich, gdzie zapalenia okostnej nie było.

Nasuwa się więc samo przez się pytanie, niejednokrotnie przez różnych autorów rozstrzygane za i przeciw, czy należy tę osłonkę korzenia zeskrobać, jeżeli jest chorobowo zmienioną, czy też zostawić? Niektórzy autorowie twierdzą, że od zostawienia jej i od stanu, w jakim się ta pozostała osłonka zębodołowa znajduje, zależnym jest późniejszy los replantowanego zęba. W kwestyi tej przed Römerem zabierali głos autorowie, którzy przeprowadzili szereg doświadczeń na zwierzętach, jak Fredel, Weil i Scheff. Wkładali oni zęby na jakiś czas do sublimatu $^1/_{1000}$, wskutek tego zęby miały osłonkę swoją obumarłą i tem pochopniej zdatną do wessania. Zostawianie więc osłonki chorobowo zmienionej, zdaniem mojem, niema celu, a raczej przychylałbym się do tych autorów, którzy są za jej zupełnem zeskrobaniem i tej też metody trzymaliśmy się w większej części naszych przypadków.

Tam, gdzie wskazaniem do replantacyi było uderzenie, które zadziałało na ząb zupełnie zdrowy, ozębna może być zostawiona. Specyalne okoliczności zezwalają bowiem na nieprzedsiębranie wyjałowienia zęba, dajmy na to w przypadkach, w których wyrwano przez omyłkę zęba zdrowego i w tej chwili omyłkę spostrzeżono.

Przy zapaleniu okostnej zazwyczaj wyrywamy zęba w okresie, w którym na szczycie korzenia przyszło do wytworzenia się ropnia, który najczęściej jako wisząca torebka u korzenia wychodzi wraz z zębem. Tutaj, jak i w przypadkach nie tak bardzo zadawnionych, zeskrobujemy całą ozębnę i ucinami resekcyjnemi kleszczami koniec korzenia, aby z jednej strony usunąć to wszystko, coby mogło dać powód do dalszych zmian zapalnych, a z drugiej strony mieć dostęp do kanału korzenia.

Jednym, odgrywającym ważną rolę czynnikiem, jest wyrwanie (ekstrakcya) zęba i sposób jego dokonania. Nie powinno się wydarzyć przy wyjęciu zęba ani poważniejsze jego zranienie, ani kości. Magilot (1881) mówi: „*L'extraction de la dent, qui comprend le premier temps, doit être pratiquée avec des précautions particulières. Il faut en effet éviter toute lésion aussi bien de la gencive que de la dent elle-même. L'emploi du davier devra être exclusivement adopté. L'opération se fera lentement, progressivement et sans mouvements de lateralité, qui risceraient de compromettre l'intégrité du bord alvéolaire etc.*“ Słowa te mają istotnie wielkie znaczenie, gdyż wszelkie obrażenie silniejsze części miękkiej daje powód do ropienia pomiędzy korzeniem replantowanego zęba, a kością. Jeszcze więcej obawiać się należy, jeżeli kość jest złamana lub oderwana na większej przestrzeni. Nie idzie za tem, aby odłamanie kości zębodołu było przeciwwskazaniem do replantacyi; jest ono jednak czynnikiem, utrudniającym gojenie. Przypadki znane nam z piśmiennictwa, mianowicie Hugenschmidta 1894, Bacquesá 1902, Szabóá 1904 mówią o obrażeniach kości zębodołu, powstałych czyto przez uderzenie, czy też podczas wyjmowania zęba; w przypadkach tych mimo ropienia i wydzielania się odsłoin replantacya całkowicie się udała.

Przed trzema laty przybył do mnie przesłany przez jednego z kolegów służący, któremu koń ocelą wybił cztery sieczne zęby górne i naruszył kieł lewej strony. Uderzenie w siekacze było tak silne, że wypadły one na ziemię, na której topniały płaty brudnego śniegu. Chory przybył do mnie w godzinę po wypadku, przynosząc w ręku sieczne zęby swoje. Badanie wykazało, że odłamana jest przednia strona zębodołu, którą jednak zostawiono w nadziei, że przez odżywienie ze strony okostnej da się utrzymać. Największa trudność, jaka w tym przypadku zachodziła, polegała w umocowaniu. Dla ciągłości opisu przytoczę sposób, jakiegośmy użyli. Chcąc unieruchomić zęby, które już nie przy jedzeniu, ale samodzielnie wypaść mogły, trzeba było na czas gojenia rozstawić szczękę górną od dolnej tak daleko, aby zęby replantowane nie dotykały swoich antagonistów i ustalić je w położeniu, w jakiem zostały wszczepione. Na cztery zdrowe zęby dwuguzikowe górne sporządziłem cztery metalowe korony, których powierzchnie, służące do gryzienia, były równomiernie na grubość 2 do 3 mm. nadłożone zlutowaną między sobą blachą. Od językowej strony koron przylutowano po prawej i po lewej stronie druty, które skośnie przebiegały przez podniebienie, dążąc ku replantowanym zębom. Końce tych drutów złączone zostały blaszką zagiętą i przechodzącą przez sieczną zębów, które zostały nią ujęte i ustalone. W ten sposób chory mógł się odżywiać podczas całej kuracyi, gdyż mógł gryźć pokarmy czterema zębami dwuguzikowymi, na których były korony. Całe zbudowanie wyżej opisanego przyrządu trwało mniejwięcej godzin 4, a przez ten czas zęby leżały w ciepłym fizyologicznym roztworze soli kuchennej. Dla pewniejszego ustalenia cały przyrząd, a właściwie cztery jego korony, zostały na zębach zacementowane, przez co nic się poruszyć nie mogło i pozycya zębów replantowanych nie mogła uledz zmianie.

Choremu polecono do płókania 3% wodę borową. Po sześciu dniach pokazało się, że odłamana blaszka zębodołu nie utrzyma się i powoduje ropienie. W siódmym dniu usunąłem ją, ropienie ustało; dziąsła się przygoiły, a w dwa tygodnie po wypadku zauważyłem, że zęby się ustaliły. W dwudziestym dniu przepiłowałem korony i metalowy opatrunek ustalający został zdjęty. Od tego czasu minęło lat trzy, zęby trzymają się zupełnie dobrze i funkcyonują nale-

życie tak, że przypadek ten, mimo iż był dokonany w trudnych warunkach, uważać musimy za zupełnie udały.

Czas, który ubiega między wyjęciem zęba, a replantacyą bywa różnym; zależy od tego, w jakich warunkach, jaką i z jakich powodów przedsiębierzemy replantacyę. Decydując się na replantacyę w przypadku, gdzie doszło do silnego zapalenia okostnej z obrzmieniem i ropieniem, a więc w daleko posuniętym procesie zapalnym, trzeba po wyjęciu zęba dni parę odczekać dla wyleczenia tkanek okolicznych. W tym czasokresie czekania tamponujemy jamę zębodołową.

Zależnie od tego, czy replantacya następuje zaraz po wyjęciu zęba, czy też w jakiś czas dopiero, używamy tamponowania gazą jałową, lub, jak polecają niektórzy autorowie, gazą przepojoną lekami przeciwgnilnymi. Steinkamm radzi przed każdą replantacyą tamponowanie gazą jodoformową i wielu jest autorów, którzy są zwolennikami tego postępowania. Tamponowanie ma tu znaczenie podwójne:

1. Jest ono czynnikiem, niepozwalającym ścieśnić się jamie po usunięciu korzenia w zębodole i 2. jest środkiem, działającym przeciwgnilnie, a więc środkiem nie obojętnym dla tkanki, wyścielającej zębodół.

Tamponowania gazą jodoformową używaliśmy tylko wtenczas, kiedy z jakichkolwiekbądź powodów pewien dłuższy czas upływał między wyjęciem zęba, a jego replantacyą. Przy natychmiastowej replantacyi, to znaczy mniejwięcej do jednej godziny po wyjęciu zęba, nie tamponowaliśmy wcale, polecając choremu w czasie pauzy między jednym a drugim rękoczynem płókanie bez przerwy zwykłą wodą.

Jednym z głównych warunków udania się replantacyi, transplantacyi i implantacyi jest umocowanie zęba na czas jego obrastania. Umocowanie to osiągnąć można:

1. Przez wciśnięcie zęba w zębodół.

2. Przez zaklinowanie między zębami sąsiednimi, jeżeli te istnieją.

3. Przez przywiązanie do zębów sąsiednich zapomocą podwiązek jedwabnych lub metalowych, co znanem nam jest z czasów starożytnych, gdyż już, jak wykazuje historya dentystyki, sposobu tego używali Etruskowie w celu umocowania chwiejących się zębów.

4. Zapomocą zlepienia zęba ze sąsiednim gutaperką lub cementem.

5. Zapomocą odpowiednich, umyślnie zrobionych przyrządów ze siatek metalowych, płytek kauczukowych lub koron metalowych i t. d.

Wybór sposobu zależnym jest od jakości przypadku, przytem jednak uważać należy, ażeby umocowanie jak najmniej choremu przeszkadzało.

W związku z umocowaniem, które ma na celu unieruchomienie zęba transplantowanego, replantowanego lub implantowanego na czas gojenia się, jest stosunek, jaki zachodzi między zębami przeciw sobie ustawionymi przy zamknięciu szczęki, czyli artykulacya zębów. Świeżo osadzony ząb nie powinien się ściśle stykać ze swoim antagonistą od góry, gdyż chociażby umocowanie było silne, przy akcie gryzienia ząb osadzony byłby ciągle poruszany, co uniemożliwiłoby zagojenie. Dla uniknięcia tego szkodliwego czynnika skracamy przez odcięcie końca korzenia jego długość, przez co możemy go wepchnąć nieco głębiej, niż stał poprzednio, a ponadto z powierzchni, służącej do gryzienia, zeszlifowujemy warstwę tak grubą, żeby zetknięcie się z zębem przeciw stawionym nie istniało. Po zupełnem wygojeniu następuje zazwyczaj uregulowanie artykulacyi tak, że ząb może funkcyonować prawidłowo.

W końcu należy tu wspomnieć jeszcze o pewnych modyfikacyach przy powrotnem szczepieniu zęba, które mogą niejednokrotnie mieć zastosowanie. Możemy wszczepiać pierwotnie nie tylko zęba całego, ale wyrywać i pierwotnie osadzać sam korzeń bez korony. W takich razach przygotowujemy odpowiednio korzeń do osadzenia zęba ćwioczkowego lub korony metalowej albo porcelanowej, a kiedy korzeń wrośnie, koronę lub ząb ćwioczkowy osadzamy. Postępowanie to jest wygodniejsze, bo korzeń, nie stykając się z niczem, łatwiej wrośnie, niż ten, na którym natychmiast po wyrwaniu dosztukowaliśmy koronę. (Dok. nast.)

IV. Wyciągi.

Lauenstein. **Jak powstają pierwsze zmiany chorobowe wyrostka robaczkowego przy zapaleniu otrzewnej w okolicy kiszki ślepej.** (*Münchener mediz. Wochenschrift*, Nr. 14). Według nowszych badań, ciała obce i kamyki kałowe nie wywołują zmian chorobowych w wyrostku robaczkowym, lecz są tylko przenośnikami zarazków. Pierwsze zaburzenia chorobowe powstają już to wskutek zmiany położenia wyrostku robaczkowego, już to jego zgięcia lub skręcenia, albo też wskutek zaciśnięcia przez zrosty. Następstwem tego będzie, że dopływ krwi jest mniej lub więcej utrudnionym, powstaje szereg zmian w ścianie wyrostka robaczkowego, które będą rozmaite, zależnie od długości i położenia wyrostka, oraz od jakości jadu bakteryi, usadowionych na ciałach obcych, lub obecnych w kale, znajdującym się w wyrostku robaczkowym. *J. Opolski.*

Mladějovský. **Dna i niektóre jej towarzyszące objawy nerwowe.** (*Revue v neurologii, psychiatrii, fysikálni a diaetetické therapii*, Nr. 1 i 2). Autor opisuje jeden przypadek typowego bolu głowy na tle dny; nie podziela on zdania Minkowskiego, który utrzymuje, że ból głowy u dnawych zależy od mocznicy przewlekłej i zapoznanej bez białkomoczu, zmian miażdżycowych w mózgu i samozatrucia z jelit. Ból głowy na tle dny nie należy do zjawisk częstych: na 86 przypadków nadmiaru kwasu moczowego w moczu stwierdził go autor raz jeden; natomiast spostrzegał go często przy zajęciu stawu skokowego, szczególnie w godzinach porannych i to w stopniu bardzo dotkliwym, zapowiadającym napad dny. *K.*

Krasnow. **Wpływ toksyny błoniczej na czynność serca i płuc ustroju zwierzęcego.** (*Rozprawa na stopień doktora medycyny.* Moskwa, 1904). Badając w farmakologicznej pracowni prof. Czyrwińskiego wpływ toksyny błoniczej na czynność serca i narządu oddechowego, przekonał się K., że żaby są nadzwyczaj odporne na jad błoniczy; przeciwnie rzecz się ma u kotów i psów: toksyna błonicza, wprowadzona do krwi, wywołuje u nich szereg wybitnych zmian, mianowicie: 1) porażenie ośrodków naczynioruchowych w rdzeniu przedłużonym i ośrodka Goltza w rdzeniu pacierzowym, wtenczas gdy obwodowe narządy zwężające naczynia nie ulegają zmianom; 2) postępujące obniżenie parcia krwi wskutek porażenia ośrodków zwężających naczynia; 3) naruszenie czynności serca w następstwie tych zmian; lecz w końcowym okresie zatrucia błoniczego serce, zachowując zwykłą pobudliwość mięśniową, przedstawia i samoistne zaburzenia, przeważnie ze strony rytmu; 4) zaburzenia w narządzie hamującym serce; początkowo występuje okres podniecenia środkowych i śródsercowych zakończeń n. n. błędnych, następnie zaś okres ich porażenia; 5) zależnie od porażenia ośrodków naczynioruchowych ciepłota znacznie się obniża; 6) narządy oddechowe ulegają zaburzeniom wcześniej od narządów naczynioruchowych i serca; w pierwszym okresie następuje porażenie obwodowych zakończeń nerwu przeponowego, sprowadzające zniesienie czynności przepony, w dalszym ciągu zachodzi wyraźne zaburzenie rytmu oddechowego i zmniejszenie wymiany gazów z następczymi objawami uduszenia, kurczami, podniesieniem parcia krwi, wymiotami i in.; 7) pobudliwość ośrodka oddechowego stopniowo i postępująco spada do zera; zupełne porażenie ośrodka poprzedza fenomen oddechowy Cheyne-Stokesa; 8) ponieważ porażenie ośrodka oddechowego następuje wcześniej, niż inne zaburzenia, przedstawia

więc ono istotną przyczynę śmierci zwierzęcia, zatrutego toksyną błoniczą; za tem przemawiają również zmiany anatomiczno-patologiczne, cechujące się wybroczynami krwi i siniakami w narządach i powierzchniach surowiczych, wysiękami surowiczo-krwotocznymi, nagromadzeniem się płynnej ciemnej krwi w jamach serca, oraz innymi objawami, znamionującymi śmierć z uduszenia.

Witold Orłowski (Ptbg).

Rubaszkin. **Kanaliki nabłonka gruczołowego.** (*Wraczebnaja Gazeta*, 1904, Nr. 1). Autor zastanawia się nad powstawaniem i znaczeniem tak zw. wewnątrzkomórkowych wydzielniczych naczyń włosowatych w komórkach gruczołowych. Badanie drobnowidowe ślinianek, gruczołów żołądkowych i trzustki w różnych okresach ich czynności wykazuje, że zmiany, prowadzące do utworzenia przestrzeni wewnątrzkomórkowych, zachodzą tylko w niektórych komórkach, mianowicie w półksiężycowych Gianuzziego, w komórkach okładowych dna żołądka i w komórkach trzustki. W komórkach zaś, których wydzielina jest obfitą w mucynę (niektóre komórki ślinianek, główne komórki gruczołów żołądkowych, komórki gruczołów odźwiernikowych) utworzenie przewodów wewnątrzkomórkowych podczas czynności wydzielniczej nie ma miejsca. Wewnątrzkomórkowe wydzielnicze naczynia włosowate są tworami niestałymi. Tworzenie się ich jest połączone z wydzieliną komórki i zachodzi w różnych komórkach prawdopodobnie w sposób jednakowy. Początkowo w pierwoszczy komórek gruczołowych powstają pojedyncze drobne kropelki jasne, stanowiące wakuole; ich liczba i rozmiary stopniowo zwiększają się, następnie zlewają się one i tworzą mniej więcej długie kanaliki z jasną zawartością. Wreszcie cała komórka zostaje we wszystkich kierunkach przeciętą kanalikami, których treść przechodzi następnie do włosowatych kanalików międzykomórkowych. R. przypuszcza, że powstawanie tych przestrzeni wewnątrzkomórkowych wskazuje na istnienie odrębnego typu wydzielania, mianowicie, na wydzielanie przez niektóre komórki wydzieliny płynnej. W komórkach trzustki można spostrzegać jednocześnie dwa gatunki wydzieliny, mianowicie: wydzielanie z pierwoszczy komórki gruczołowej ziarenek zymogenowych w stanie nierozpuszczonym i wydzielanie wydzieliny płynnej, rozpuszczonej, powstającej przez zlewanie się pojedynczych kropelek i przechodzącej następnie do wydzielniczych naczyń włosowatych śródkomórkowych.

Witold Orłowski (Ptbg).

Stasiewicz. **W sprawie cytodyagnostyki surowiczego zapalenia opłucnej.** (*Wraczebnaja Gazeta*, 1904, Nr. 1). St. poddał drobnowidowemu badaniu wypocinę opłucnową 54 chorych, u których w 43 przypadkach wypocina była pochodzenia gruźliczego. Okazało się, że w razie pierwotnego gruźliczego zapalenia opłucnej wypocina zawiera większą liczbę pierwiastków morfologicznych, zwłaszcza krwinek czerwonych, niż w zapaleniach opłucnej wtórnych; pierwiastkami, które w tych razach przeważają liczebnie, są limfocyty (prawie 90%) wszystkich pierwiastków, wykluczając krwinki czerwone). Komórki śródbłonkowe (endotelialne) zdarzają się i w zapaleniach gruźliczych i we wtórnych bardzo skąpo (mniej od 10%); leukocyty wielojądrzaste w ilości mniej od 1%; w początkowym jednak okresie choroby twory te spotykają się częściej, czasami nawet w liczbie, przewyższającej limfocyty. Gdy sprawa przechodzi w stan przewlekły, liczba pierwiastków morfologicznych obniża się; podczas obostrzeń znowu podnosi się liczba leukocytów wielojądrzastych i komórek śródbłonkowych. Wypociny, towarzyszące zapaleniu nerek, odznaczają się skąpą zawartością pierwiastków morfologicznych; przeważającymi pierwiastkami tu są komórki śródbłonkowe (prawie 90%); limfocyty stanowią nie wyżej nad 20%; leukocyty wielojądrzaste nie spotykają się wcale. W przypadku krwotocznego zapalenia opłucnej wypocina zawierała krwinki czerwone, małą liczbę limfocytów i większą komórek wielojądrzastych. W 3 przypadkach pierwotnego zapalenia opłucnej pochodzenia niegruźliczego wypocina wykazywała mnóstwo komórek śródbłonkowych i różnych krwinek. Na podstawie tych badań dochodzi S. do wniosku, że jakkolwiek żaden z pierwiastków morfologicznych nie rozstrzyga o pochodzeniu zapalenia opłucnej, wszakże przewaga jednego gatunku nad drugimi ma pewne znaczenie rozpoznawcze, mianowicie, połączenie wybitnie wyrażonej limfocytozy z obfitością w krwinki czerwone jest cechą pierwotnej wypociny gruźliczej; obfite łuszczenie się komórek śródbłonkowych z obecnością wszystkich pierwiastków morfologicznych krwi świadczy o ostrej wypocinie niegruźliczej; wreszcie, skąpa zawartość pierwiastków morfologicznych z przeważaniem komórek śródbłonkowych przemawia za wypociną, towarzyszącą zapaleniu nerek. *Witold Orłowski* (Ptbg).

A. Martinet. **O cukrzycy rodzinnej.** (*Presse médicale*, 1904, Nr. 12). Do autora zgłosił się 48-letni mężczyzna, który po przebyciu grypy zaczął kaszleć, chudnąć i pozostawał w leczeniu z powodu nieżytu oskrzelowego przypuszczalnie na tle gruźliczem. Szczegółowe badanie wykazało cukrzycę. W kilka miesięcy później autor, wezwany do 40-let. żony tego chorego, osoby krwistej o kwitnącem wejrzeniu, z licznemi przypadłościami o charakterze nerwowym, również stwierdził cukrzycę. W rok potem stwierdził to samo cierpienie u matki wspomnianego chorego, żyjącej razem z dziećmi, która po ukłuciu się igłą dostała ropówki na ręce. Wnioski swe streszcza autor w następujących punktach: 1) należy badać mocz u wszystkich chorych dorosłych wogóle, a zwłaszcza u chudnących, bez względu na to, czy jest kaszel, czy niema; 2) znajdując u chorego cukrzycę, należy jej szukać u drugiej osoby małżeństwa; 3) znajdując cukrzycę u jednego lub kilku członków rodziny, należy w kierunku tym zbadać i innych członków rodziny, zwłaszcza o ile prowadzą wspólne pożycie. *Dr. M. Blassberg.*

Epstein. **Przyczynek do patologii gruźlicy okolicy kiszki ślepej.** (*Wien. klin. Rundschau*, 1904, Nr. 9). Gruźlica okolicy kiszki ślepej występuje w dwojakiej postaci: jako owrzodzenia i jako guz, wytworzony przez zgrubienie ściany tej kiszki kosztem jej światła, przyczem przychodzi czasem do zupełnej niedrożności. Badania histologiczne takich guzów wykazały, że prócz gruzełków wytwarza się tu znaczna ilość tkanki łącznej, co jest powodem zgrubienia ściany i daje wrażenie guza. Gruzełki znajdują się we wszystkich warstwach ściany jelitowej; postać zaś gruźlicy jelitowej pozaotrzewnowej znachodzi się najczęściej u dzieci, a jej punktem wyjścia są okoliczne gruczoły chłonne. Przypadków takich guzów opisano 82; najmłodszy osobnik miał lat 12. W przypadku autora zachorowało dziecko, obciążone dziedzicznie gruźlicą, na cierpienie kiszkowe; po pewnym czasie dał się wyczuć w okolicy ślepej kiszki guz, a równocześnie wystąpiły objawy ze strony żołądka. Rozpoznano gruźliczy guz biodrowo-kątniczy: operacya wykazała znaczne powiększenie i zgrubienie jelita biodrowego, w okolicy kiszki ślepej masę zrostów, a wśród nich kiszka ślepa. Serowacenie znajdowało się nie w kiszce ślepej, lecz w zastawce Bauhina. Na otrzewnej jelitowej można było rozeznać gruzełki wielkości główki od szpilki. Z powodu tych zrostów i obawy, by nie uszkodzić jelita przy rozrywaniu zrostów, zrobiono zamiast resekcyi komunikacyę między jelitem biodrowem, a poprzecznicą. Chora wyzdrowiała. Przypadek ten jest zajmujący o tyle, że chora liczyła $5^1/_2$ lat, a więc jest najmłodszym osobnikiem z dotychczas ogłoszonych przypadków i że nie było żadnych przedmiotowych zmian gruźliczych w płucach. Punktem wyjścia była zdaniem autora gruźlica pierwotna gruczołów krezkowych. *B. Żmigród.*

Blum. **Przepuklina wewnątrzpęcherzowa.** (*Wien. klin. Wochenschrift*, 1904, Nr. 8). W przypadku przewlekłego niezupełnego zatrzymania moczu u 23-letniego mężczyzny stwierdził autor przy pomocy wziernika pęcherzowego wrodzony zaułek i stożkowate wpuklenie ściany pęcherzowej w okolicy szczytu pęcherza, na którego dnie można było dopatrzeć wyraźne ruchy robaczkowe. Stosownie do określenia Brösikego szło w danym przypadku o tak zw. przepuklinę wewnętrzną, to jest taką, gdzie brama i worek przepuklinowy leżą w jamie brzusznej. Przez skurcz włókien mięśnia, działającego jako pierścień przepuklinowy, przyszło kilka razy do wystąpienia objawów uwięźnięcia, które były tylko przemijające. W przypadkach uwięźnięcia wewnętrznego trzeba przy obecności objawów ze strony pęcherza (zatrzymanie moczu, nieżyt pęcherza i t. d.) pamiętać o możliwości tej rzadkiej postaci przepukliny. Przypadek autora jest pierwszym rozpoznanym za życia przypadkiem przepukliny pęcherzowej, gdyż inne znachodzące się w piśmiennictwie spotykano przy sekcyi zmarłych z powodu wewnętrznego skręcenia jelit. *B. Żmigród.*

V. Zapiski lecznicze i nowe leki.

Wioform. Jak wiadomo jodoform szybko się ulatnia z opatrunków, zdradza się przenikliwą wonią, sprowadza nierzadko wyprysk; z tego powodu wojskowe władze w Szwajcaryi postanowiły zastąpić go wioformem. Dr. R. Wehrle w Bazylei streszcza wyniki swoich badań z tym przetworem w następujących punktach: 1. Wioform posiada działanie przeciwgnilne, oraz silniejsze własności prątkobójcze, niż jodoform. 2. Nie drażni skóry, a w szczególności nie sprowadza wyprysku, raczej oddaje dobre usługi w wyprysku, wywołanym przez jodoform. 3. Działa w wysokim stopniu odkażająco. 4. Użyć go można w wielkich ilościach, gdyż nie sprowadza objawów zatrucia. 5. Nie nadaje się do wstrzykiwań, n. p. w zachowawczem leczeniu stawów gruźliczych. 6. Jest trwałym i nie ulatnia się. 7. Można go łatwo wyjałowić, gdyż nie rozkładając się, wytrzymuje ciepłotę do 140°; również nie zmienia go para o ciepłocie 115°. 8. Jest przy użyciu bezwonnym. Wobec tego wioform

może zastąpić jodoform i jest najlepszym środkiem przeciwgnilnym. (*Corresp. Bl. f. Schweiz. Aerzte*, Nr. 29, 1903). *Baschkopf.*

Kuhneman. **Leczenie choroby Basedowa „rodagenem“.** (*Münchener med. Wochenschrift*, Nr. 10). Rodagen jest to przetwór, otrzymany z mleka, przeważnie kóz, pozbawionych gruczołu tarczykowego. Autor raz jeden tylko podawał ten przetwór po 2 grm. 3 r. dziennie. W bardzo krótkim czasie chora zaczęła przybierać na wadze, liczba tętna w 8 dniach spadła ze 109 na 90, wytrzeszczanie oczów zmniejszyło się, trzęsienie rąk zupełnie ustąpiło, szmer, słyszalny początkowo nad koniuszkiem serca, zniknął zupełnie. *J. Opolski.*

VI. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie zwyczajne w dniu 13 kwietnia 1904 r.

Przewodniczy kol. prof. Nowak. Obecnych członków 22.

I. Protokół z ostatniego posiedzenia odczytano i przyjęto.

II. Kol. Eisenberg podaje tymczasowe doniesienia:

1) „O pokrewieństwie obu typów bakteryi czerwonkowych na podstawie odczynów biologicznych“.

Nowsze spostrzeżenia (Flexner, Strong, Duval, Jürgens, Gay i Duval) wykazują, że dwa typy bakteryi mogą wywoływać nagminną czerwonkę już to oddzielnie, już to czasem wspólnie, nadto, że bakterye typu Flexnera są przyczyną biegunek letnich u dzieci (Duval i Basset, Iliss i Russel, M. Wollstein). Wobec tego określenie wzajemnego stosunku obu tych typów na podstawie odczynów biologicznych zdało się zadaniem ciekawem i ważnem. Wbrew twierdzeniu Lentza i Martiniego, jakoby oba typy zachowywały się zgoła odrębnie co do aglutynacyi, mógł E. zgodnie z Gayem i Duvalem wykazać, że surowica swoista przeciwczerwonkowa, uzyskana przez uodparnianie konia prątkiem typy Shigi (autentycznym), aglutynująca bakterye Shigi aż do 1/2400, współaglutynuje bakterye typu Flexner aż do 1/450. Zupełnie dowodzące wyniki dały doświadczenia ze swoistem pochłanianiem aglutynin tej surowicy przez oba szczepy; surowica, której aglutyniny pochłonięto przez dodanie hodowli szczepu Shiga, nie aglutynuje ani tego szczepu, ani Flexnera. Naodwrót, surowica, której przez dodanie hodowli Flexnera zabrano aglutyniny dla tego szczepu, okazuje nieznacznie tylko obniżoną wartość aglutynacyjną wobec szczepu Shiga. Zgodne z powyższymi wyniki dały doświadczenia ze swoistem pochłanianiem koagulin (bakteryoprecypityn) dla obu szczepów. Wynika stąd, że aglutynina dla szczepu Shiga posiada części składowe, działające i na szczep Flexner, że zatem oba szczepy przedstawiają się jako pokrewne, których protoplazma posiada pewne grupy wspólne. Niedawno ogłoszona praca Gaya stwierdza ten pogląd na podstawie analizy działań bakteryobójczych surowicy przeciwczerwonkowej. Wobec tych danych wskazanem będzie w praktyce leczniczej swoistej zastosować surowicę wielowartościową, uzyskaną przez uodparnianie oboma szczepami, aby być pewnym skutku leczniczego w zakażeniach, wywołanych przez oba szczepy.

2) „O hemolizynach bakteryi duru rzekomego, bakteryi zatruć mięsnych i bakteryi czerwonkowych“.

Przez prace Maurela, Eisenberga, E. i P. Levyego poznano hemolityczne działanie bakteryi durowych; Kayser opisał je u bakteryi okrężnicowych. Wobec tego zdawało się racyonalnem rozszerzyć badania te na całą grupę bakteryi, spokrewnionych z powyższemi, a zatem na bakterye duru rzekomego, bakterye zatruć mięsnych i oba typy bakteryi czerwonkowych. Badania te wykazały, że wszystkie te szczepy działają hemolitycznie na krew królika, morskiej świnki i psa; próby z krwią ludzką dały dotąd wynik ujemny. Badania te, przeprowadzane na płytkach Eijkmana z 2.5% dodatku krwi, dotyczyły 8 szczepów duru rzekomego, 4 szczepów bakteryi zatruć mięsnych (Bruges, Morseele Aertrycke, Meirelbeek), 5 szczepów bakteryi czerwonkowych (Kruse Shiga, Flexner, Kraków, Złoczów). W pozornej sprzeczności z tymi wynikami stoi fakt, że przesącze hodowli tych bakteryi okazują się wobec krwi albo zupełnie nieczynnymi, albo objawiają tylko ślad działania. Ponieważ i cała hodowla nieprzesączona tak samo się zachowuje, nie można przypuszczać, żeby filtr zatrzymywał hemolizynę. Najprawdopodobniejszem wydaje się na razie przypuszczenie, że bakterye tylko wobec swoistego podkładu (krwi) wydzielają swoisty jad, podobnie, jak to jest znanem co do wytwarzania innych fermentów u bakteryi lub co do trawienia żołądkowo-jelitowego u zwierząt wyższych (szkoła Pawłowa. W sprawie znaczenia patologicznego tych hemolizyn ważnem jest stwierdzenie faktu, że hemolityczne to działanie objawia się też *in vivo*, t. j. że u zwierząt, uległych śmiertelnemu zakażeniu bakteryami duru lub czerwonki, w znacznej liczbie przypadków występuje hemoglobinemia. U jednej morskiej świnki, uległej zakażeniu czerwonkowemu, mocz zawierał jakąś pochodną hemoglobiny, bliżej nie dającą się oznaczyć (Marchlewski). Co do występowania pewnej bardzo charakterystycznej ziarnistości w hodowlach wymienionych wyżej bakteryi na agarze z krwią lub surowicą, dalsze badania są w toku.

III. Kol. Eisenberg wygłosił zapowiedziany odczyt: „Przyczynek do biologii zakażeń“.

W przypadku śmiertelnego zakażenia przyrannego laseczką ropy błękitnej surowica chorego aglutynowała pracowniany (laboratoryjny) szczep tego laseczníka i laseczníka fluoryzującego (*b. fluorescens liqu.*) w rozcieńczeniach 1/100—1/100—1/200, podczas gdy szczep, wyhodowany z samego chorego, nie ulega aglutynacyi nawet wobec zgęszczenia surowicy $^1/_2$, jak również okazuje się odpornym na działanie bakteryobójcze surowicy ludzkiej w przeciwieństwie do wszystkich innych szczepów z tej grupy. Nadto krew tego chorego, brana za życia, okazywała w probówce wybitny objaw autoaglutynacyi, zaś przy sekcyi zjawisko to było bardzo widoczne we wszystkich naczyniach. Surowica chorego, brana za życia, okazywała słabe działanie izoaglutynacyjne wobec prób krwi ludzkiej, wobec których surowica, uzyskana po śmierci, okazała się nieczynną.

Trzy szczepy durowe, wyhodowane z różyczki durowej i czwarty, pochodzący ze krwi chorego durowego, okazują się odpornymi wobec działania bakteryobójczego surowicy ludzkiej prawidłowej lub pochodzącej z chorych durowych, która działa silnie zabójczo na szczep pracowniany, od dłuższego czasu hodowany wyłącznie na sztucznych podłożach. Odporność ta, choć w mniejszym stopniu, jest też widoczna wobec działania swoistych ciał bakteryobójczych, występujących u ozdrowieńców durowych, jak również wobec surowic prawidłowych konia i królika. W kropli wiszącej możemy widzieć trzy typy działania surowicy na bakterye: 1) zupełne zabicie bakteryi, któremu towarzyszy rozpad bakteryi, występowanie cieni o nieregularnych obrysach i słabo łamiących światło; 2) objaw Pfeiffera, t. j. występowanie kulek mocno łamiących światło jako wyraz odczynu życiowego bakteryi na działanie bakteryobójcze; kulki te w części są nadal zdolne do życia i rozmnażania; 3) z kulek tych powstają czasem duże, wielkości ciałek białych, mocno łamiące światło.

Ze spostrzeżeń powyższych wynika, że zdolność ulegania aglutynacyi jest cechą, podpadającą biologicznym wahaniom: szczepy pochodzące świeżo z ustroju (bakterye durowe, gronkowce ropne, laseczka ropy błękitnej) okazują się odpornymi wobec działania swoistych aglutynin gdyż w zakażonym ustroju mają sposobność doń się przystosować. Podobnież szczepy te obok zwiększonej jadowitości okazują odporność wobec działania bakteryobójczego surowicy danego ustroju, którą również należy odnieść do takiego przystosowania. Na podstawie tych danych sprawa zakażenia przedstawia się jako walka dwóch ustrojów, zdolnych do wzajemnych przystosowań, w której ustrój posługuje się przyrodzonemi siłami ochronnemi, względnie wytwarza nowe, bakterye zaś starają się do nich przystosować i przeciw nim uodpornić. To przystosowanie umożliwia bakteryom osiedlenie się w ustroju, którego surowica działa na nie bakteryobójczo. Ono czyni nam zrozumiałem, że w durze ludzkim bakterye mogą istnieć we krwi działającej na nie zabójczo i drogą krwi w ustroju wytwarzać przerzuty. Ono tłómaczy nam obecność żywych bakteryi w sprawach podurowych, mimo zwiększonej przy ozdrowieniu siły bakteryobójczej surowicy, jak również czyni wątpliwem znaczenie tego zwiększenia w sprawie ozdrowienia. Pogląd ten każe przy swoistem leczeniu duru zapomocą surowicy bakteryobójczej starać się zalać ustrój ciałami ochronnemi, aby bakteryom odjąć możność przystosowania się do nich. Wreszcie wobec tego poglądu musimy też ograniczyć znaczenie rozpoznawcze próby Pfeiffera, gdyż szczepy, szczególnie dobrze uodpornione wobec działania ciał bakteryobójczych, mogą dać wynik ujemny w tej próbie, mimo, że są niewątpliwie autentycznymi szczepami.

W dyskusyi kol. Droba zwraca uwagę na tytuł odczytu, podnosząc, że wybór jego nie jest trafnym. Biologia jest nauką o życiu ustrojów żyjących, nie można zatem mówić o biologii zakażenia, gdyż

zakażenie nie jest ustrojem żyjącym. Przenośnia w tym przypadku jest za wielką i może sprowadzić tylko zamieszanie pojęć. Celem zaś uniknięcia jego lepiej byłoby trzymać się wyrażeń, określających ściślej pojęcia. Co się tyczy samej treści odczytu, to wyniki badań kol. prelegenta, podnoszone już zresztą i przez innych autorów, są bądź co bądź wyjątkami, nie dającymi się ująć dziś w jakąś regułę, zwłaszcza, jeżeli się uwzględni wiele kapryśnych wyników w badaniach, przedsiębranych w tym kierunku. Przypadek, opisany przez mowcę, o którym kol. prelegent wspomniał, stoi n. p. w sprzeczności z tłómaczeniem, wyłuszczonem w odczycie, z którego wynika, że drobnoustroje, pozostałe w ustroju po przebytem zakażeniu, powinny posiadać zdolność aglutynowania się tem mniejszą, im dłużej w tym ustroju przebywają, czyli im bardziej się do aglutynin przyzwyczaiły; tymczasem prątek durowy, wyhodowany w przypadku mówcy w 17 lat po przebyciu duru z treści woreczka, a więc z ustroju i z jąder kamieni żółciowych (jądra kamieni można już uważać za sztuczną pożywkę, ale treści woreczka nie), aglutynowały się ze surowicą chorych na dur w wysokości 1:40, nie niżej, jak to przeciętnie widzimy w próbach z prątkiem durowym ze starych hodowli. Podobnie sprzecznych wyników możnaby z własnego doświadczenia przytoczyć bardzo wiele, jak równy stopień aglutynacyi prątków czerwonki, wyhodowanych wprost z ustroju i prątków, hodowanych sztucznie lat kilka i to nie tylko z surowicami krwi chorych, ale także z surowicami wysokowartościowemi i t. d. Przytaczanie więcej tego rodzaju przykładów jest właściwie zbytecznem, bo są one regułą, a kol. prelegent przytoczył tylko kilka ciekawych wyjątków, na podstawie których stara się tłómaczyć zawiłe sprawy zakażenia, a głównie sprawę przystosowania się drobnoustrojów do ustroju zakażonego, które się określa zwykle przyzwyczajeniem, sprawę, interesującą badaczy od chwili, gdy poznano drobnoustroje, jako przyczynę chorób i kiedy rozpoczęto z nimi doświadczenia na zwierzętach.

Przyzwyczajenie się to do ustroju zakażonego, a zwłaszcza zdolność długiego w nim przebywania po ustąpieniu choroby, jest wynikiem zawiłych, a dziś nieuchwytnych przyczyn, nie dających się rozstrzygnąć na podstawie kilku wyjątków i to z pomocą doświadczenia ze surowicą *in vitro,* zwłaszcza, jeżeli się weźmie pod uwagę, że poza aglutyninami i ciałami bakteryobójczemi, czasowo — wolno w krwi się znajdującemi, posiada ustrój fagocyty, które n. p. w przypadkach długiego przebywania drobnoustrojów w ustroju ludzkim tracą widocznie możność pochłonięcia i strawienia ich, jak to miało miejsce w przypadku mówcy, gdzie prątki zresztą do aglutynin się nie przyzwyczaiły, ale owszem aglutynowały się, jak to podniesiono powyżej.

Zresztą w stosowaniu wyników badań ze surowicą *in vitro* do tłómaczenia zjawisk w ustroju żyjącym powinno się być ostrożnym i powinno się zawsze mieć na myśli, że surowica jest wytworem sztucznym, zachowującym się w tym kierunku inaczej, niż osocze, jak to wynika z doświadczeń szkoły Miecznikowa.

Kol. Gertler zaznacza, że hemolizyna występuje nietylko przy prątkach durowych, paratyfusowych i czerwonki, ale i przy paciorkowcach. Zauważył jeszcze przed kilku laty przy szczepieniu paciorkowców na agary, powleczone krwią, rozpuszczanie się barwika krwi. Na około kolonii odosobnionych powstawały obwódki jasne, świadczące o rozpuszczeniu się barwika krwi. Na mocy tych własności starali się w ostatnich czasach Meyer, Neufeld i inni odróżnić paciorkowce chorobotwórcze od niechorobotwórczych. Wracając do sprawy odporności ustroju podnosi, że dawniej mówiono wprawdzie o zwiększonej lub zmniejszonej odporności ustroju, lecz nie umiano sobie zupełnie wytłómaczyć istoty tego zjawiska. Badania przedsiębrane w ostatnich czasach, sprawę tę nieco wyjaśniają. I tak Müller wykazał, że przez zmianę w chemizmie ustroju można wywołać zmiany w wytwarzaniu się aglutynin. Doświadczenia swe przeprowadził na gołębiach, u których przez głodzenie otrzymywał dla jednych drobnoustrojów wyższe, dla innych niższe wartości istot aglutynujących. Przez podawanie wyskoku przed doświadczeniem otrzymywał w surowicy zawsze mniejszą ilość istot aglutynujących.

Kol. Eisenberg zaznacza w odpowiedzi kol. Drobie, że przez biologię pojmujemy naukę o zjawiskach życia, że zatem wyrażenie „biologia zakażeń“ ma zupełne uzasadnienie, oznaczając naukę o zakażeniu, jako o zjawisku życia, wywołanem przez wzajemne na się oddziaływanie dwóch żyjących ustrojów.

Wbrew twierdzeniu kol. Droby przystosowanie się bakteryi do sił ochronnych ustroju nie jest bynajmniej faktem wyjątkowym, a przedstawia zjawisko bardzo częste, może nawet stałe w sprawie zakażenia. Co do aglutynin, długi szereg badaczy, przez prelegenta przytoczonych (Achard i Bensaude, Kolle, Johnston i M. Taggard, Van de Velde, Förster, Mills, Rodet, Tarchetti, Smith i Tenand, H. Smith, Sacquepée, M. Weeney, Nicolle i Trénel, Horrocks, Müller, Courmont i inni co do bakteryi durowych, — Pfeiffer i olle co do prątków cholery, — Otto co do gronkowców, — Karwacki co do pneumokoków) stwierdził to zachowanie, a zgodnie z tem badania doświadczalne objaśniają mechanizm tej zmniejszonej wrażliwości bakteryi na swoiste aglutyniny, jako sprawę przystosowania się. Co do odporności wobec sił bakteryobójczych, to oprócz przygodnych dawniejszych wzmianek w pracach Haffkina, Kionki i Courmonta, w ostatnich czasach wyszła praca Sterna i Kortego (Berl. klin. Woch., 1904, Nr. 9), stwierdzająca wyniki, uzyskane przez prelegenta. Lecz nawet jeśli w jednym lub drugim przypadku takiego przystosowania się nie stwierdzimy, to nie zdziwi nas to wobec różnorodności czynników, jakie w sprawie tej biorą udział i wobec faktu, że w doświadczeniach z uodparnianiem przeciw bakteryom lub jadom wyniki bywają różnorodne, a czasem i ujemne. Co do przypadku, opisanego przez kol. Drobę, to przedewszystkiem prątki, znajdujące się w woreczku, tak znacznie chorobowo zmienionym (włókniste zwyrodnienie i zgrubienie ściany do 3—4 ctm.), znajdowały się z pewnością poza obrębem działania soków ustroju, tembardziej zaś prątki, znajdujące się w kamieniu. Powtóre nie stwierdzono wówczas czy w chwili operacyi surowica chorej zawierała jeszcze aglutyniny w przeciwnym bowiem razie prątki po latach tylu mogły były utracić nabytą kiedyś odporność. Wreszcie — co najważniejsza — badanie wrażliwości na aglutyniny zapomocą surowicy chorych durowych nie może się ostać wobec obecnych naszych wiadomości tembardziej, że kol. Droba nie stwierdził granicy skuteczności użytej surowicy wobec szczepu pracownianego, a tylko porównanie granic tej skuteczności dla obu szczepów mogłoby uprawniać do jakichkolwiek wniosków.

Przechodząc do kwestyi ogólnej, zastrzega się kol. Eisenberg jak to już zaznaczył w odczycie, że odporność wobec aglutynin i ciał bakteryobójczych bynajmniej jeszcze nie wyczerpuje całego przystosowania się bakteryi do sił ochronnych ustroju (*vide* obszerną publikacyę w pracach „Akad. Um.“), a zjawiska te, jako przystępne do doświadczeń *in vitro*, posłużyły mowcy tylko jako wskaźnik przystosowań tych wogóle. (*Streszczenia własne*).

Dr. Ryszard Urbanik, sekretarz doroczny.

VII. Potrzeba prac naukowych do rozwoju zdrojowisk i uzdrowisk w Galicyi.

Napisał

Dr. B. Skórczewski.

W jednym z poprzednich artykułów zarzuciłem lekarzom zdrojowym, że nie ogłaszają prac naukowych w zakresie balneo- i klimatoterapii krajowej, ale śmiało twierdzić mogę, że pod tym względem nie są oni stosunkowo gorsi od swych kolegów w innych krajach. Zatem ten zarzut wydawałby się bezpodstawnym, tymczasem tak nie jest. Zdrojowiska tamtejsze mają wyrobioną tradycyę, mają rozgłos wszechświatowy i to im po części wystarcza, aby cały świat zwoził swoje pieniądze i wzbogacał je, do czego i Polacy nie mało się przyczyniają ze szkodą dla swego i tak już bardzo ubogiego kraju. Wprawdzie u nas zawsze to było lepszem, co obce, a swoje się lekko ceniło i tego zła prędko się nie wykorzeni. Pozostają jednak olbrzymie zastępy ludzi, którzyby się nie pytali czy to obce czy swoje, byle mogli odzyskać to, co człowiek najwyżej cenić musi — zdrowie. Ale skoro się nie wie, skoro się nie ma żadnych podstaw, żadnych uzasadnionych argumentów, że ten skarb zdrowia niemal na pewne odzyskać można w kraju danymi środkami w danych miejscowościach, to ów rozgłos, wiekami utrwalona sława, pociąga ich w świat. Wiara zastępuje wiedzę: może i na mnie ten cud się spełni, jak na tylu innych.

Tamci, mając swój byt i rozwój zapewniony, mogą mniej baczyć o podstawy naukowe, bo te nie są im tak niezbędne do rozwoju interesów, możeby nawet czasem tym zbyt wybujałym interesom szkodziły, a przytem ciągną oni do siebie wszystkiemi świecidłami wyrafinowanego komfortu, zbytku i błyskotkami wykwintu cywilizacyi. My zaś nie naśladujmy ich w tych błyskotkach i przerafinowanej a zbyt kosztownej cywilizacyi, ale dajmy za to w naszych zdrojowiskach i uzdrowiskach tylko to, czego istotnie cywilizacya wymaga, ale za to wskażmy naszemu społeczeństwu gruntowne i pewne drogi, rozświecone nauką i fachowem doświadczeniem, które w tej wędrówce po zdrowie najłatwiej i najpewniej prowadzą do celu.

Kto się nie dotknął tej sprawy, ten stwierdza tylko fakt, że cała nauka balneo- i klimatoterapii, której wyniki lecznicze w chorobach przewlekłych powszechnie uznano za najdonioślejsze, mimo to niezmiernie pozwoliła się wyprzedzić wszystkim innym gałęziom medycyny i to do tego stopnia, że tę różnicę możnaby ocenić na wiek cały. A dalej stwierdza niesłychanie małe dalsze postępy i dziwi się i bezkrytycznie składa całą odpowiedzialność na osoby najwięcej interesowane, na lekarzy zdrojowych, przypisując im pewnego rodzaju inercyę. Przyglądnąwszy się jednak tej sprawie bliżej, to się okaże, że przyczyny złego płyną z innych źródeł, a mianowicie z samego przedmiotu, ze zbyt wielkiej liczby czynników i to bardzo złożonych, które działają współcześnie i trudno jest rozróżnić działanie szczegółu, a choćby całej grupy szczegółów w całej tej masie czynników.

W leczeniu zdrojowo-klimatycznem najpierw rozpoczyna działanie lecznicze cały szereg czynników psychicznych, oderwanie myśli od spraw codziennych, od swojej choroby, a skierowanie ich do przygotowań do podróży, następnie sama podróż i zupełna zmiana otoczenia i jego wpływów, a dalej zmiana w porządku życia. Czynniki higieniczne, bezwzględnie pod wielu względami lepsze, niż się je miało w domu, a przynajmniej zasadniczo zmienione, oddziaływują każdym szczegółem na ustrój. Czynniki klimatyczne także rozpadają się na bardzo liczne szczegóły, z których każdy nie może pozostać bez wpływu na czynność ustroju. Czynniki dyetetyczne, cały sposób odżywiania, muszą uledz różnorakim zmianom, bo się zmieniły wszystkie warunki bytu. Następnie dodać należy sam sposób prowadzenia leczenia, w które wchodzą znowu całe zawiłe masy szczegółów przy piciu wód mineralnych, a również nie mniejsze liczby czynników, działających przy używaniu różnych kąpieli, a nadto jeszcze dodatek leków aptecznych i innych zabiegów leczniczych. Jestto istotny chaos miliona szczegółów, którymi lekarz kieruje empirycznie i osiąga zwykle wynik dodatni. Ale wykazać klinicznie, uzasadnić naukowo, że ta lub inna grupa czynników główną odgrywała rolę w danym przypadku chorobowym i istotnie udokumentować każdy szczegół, to jest rzecz bardzo trudna, a niemal jest to niepodobieństwem wobec tego, że nie posiadamy gruntownej znajomości, jak działa każdy szczegół z osobna; te zasadnicze wiadomości wymagają również ścisłego opracowania.

A jednak w naszym kraju właśnie konieczną jest potrzeba, aby wyjść z tego błędnego koła, z tego chaosu i trzeba wszechstronnej pracy, aby coraz nowe rzucać światło na te mroki średniowieczne. Ale do tej pracy nie wystarczą siły jednostek, jeśli te jednostki nie znajdą pomocy materyalnej od tych, którzy w tej sprawie są więcej albo mniej zainteresowani.

Zakładanie w ogniskach naukowych Towarzystw balneologicznych, mojem zdaniem, nie prowadzi do celu; działanie takie uważam za rozbieżne, a tu więcej potrzeba działaniaześrodkowanego, mianowicie działania każdej miejscowości z osobna, przez co działanie leżeć będzie w rękach ludzi przynajmniej empirycznie fachowych, zaznajomionych z czynnikami, współcześnie działającymi w tej miejscowości. Lekarze, praktykujący w pewnem zdrojowisku lub uzdrowisku, złączeni na wzór „kółka lekarzy krynickich", najwięcej tutaj zdziałać mogą i zdziałają, jeżeli nie będą zmuszeni do ciągłej, często bezowocnej walki z różnemi wadliwościami administracyjnemi zdrojowiska i uzdrowiska, a które to walki staczać dotychczas muszą, gdyż skargi i wyrzekania pacyentów zabierają im dużo czasu na ich wysłuchiwanie i częstokroć wadliwości te wpływają ujemnie na wyniki lecznicze. Gdy poszczególne administracye należycie poszanują głos kółka lekarskiego, usuną wadliwości, szkodliwe zdrojowisku, wtedy to kółko będzie się mogło należycie oddać pracom naukowym, bardzo dodatnio wpływającym na rozwój zakładu. Prace takie będą wyrazem nie jednostki, ale ogółu lekarzy wtajemniczonych w całość przedmiotu, a nie dość silne dokumenty naukowe, gdyż ich brakuje, zastąpią spostrzeżenia i doświadczenia kilku lub kilkunastu lekarzy, stosujących lata całe te środki lecznicze w równych zresztą warunkach.

Tego rodzaju prace będą przeważnie kliniczne, empiryczne, w których zwolna rozjaśniać się będzie działanie pewnych grup czynników na pewne zmiany w ustroju. A choćby te prace nie były dość naukowe, nie odpowiadały stanowisku nauki w innych działach medycyny, to zawsze one będą bardzo pożądanym materyałem statystycznym, a bądź co bądź będą dawały pewne jaśniejsze wskazówki lekarzom, którzy wysyłają swych chorych na leczenie kąpielowe lub klimatyczne.

W ten sposób powstaną prace, wykazujące ogólne wyniki lecznicze przy działaniu wszystkich grup czynników, wśród których uwidoczniać się będzie dominujące znaczenie poszczególnej grupy czynników na pewne zboczenia chorobowe, wody mineralnej, kąpieli mineralnych, borowinowych, zabiegów wodoleczniczych i t. p. Prace te, jako fachowe, mogą lekarze wykonywać samodzielnie, bez pomocy finansowej, a jedynie przy bezpłatnym, w danych razach, udzielaniu materyału leczniczego — kąpieli.

Pozostaje poza tem pole do bardzo rozległej pracy nad poszczególnemi grupami czynników, jakoteż ich jednostkami, ale w warunkach odmiennych, domowych lub szpitalnych, a te prace daleko ponętniej się przedstawiają dla lekarza, bo więcej mogą mieć piętna istotnie naukowego. Ale w dzisiejszych ciężkich warunkach bytu nie można żądać, by lekarz miesiące lub lata całej swej pracy, która komu innemu przyniesie duże zyski finansowe, dokonywał nietylko bezpłatnie, ale jeszcze wydawał własne pieniądze na zakupno materyału do badań od tych, którzy bezpośrednio z tych badań korzystać będą.

Są to stosunki nieprawidłowe i te uregulować należy w ten sposób, iż strony bezpośrednio interesowane dostarczą

bezpłatnie materyału, potrzebnego do badań, poniosą koszta tych badań i wynagrodzą pracę lekarzy.

Tego rodzaju prace są niesłychanie doniosłe zarówno ze względu na samą naukę, jako taką, bo dają jedynie możność posunięcia jej naprzód i zbliżenia do innych gałęzi wiedzy lekarskiej, ale niemniej doniosłe będą ich wyniki finansowe dla poszczególnych miejscowości leczniczych. Dla przykładu przytoczę, iż po gruntownem, a wszechstronnem klinicznem zbadaniu, jak działa woda krynicka ze zdroju głównego w chorobach narządu moczopłciowego i porównaniu jej działania z wodami zagranicznemi, używanemi w tych cierpieniach, eksport jej niewątpliwieby się podwoił, a wzmógłby się jeszcze przez takież badanie nad jej leczniczem działaniem w wielu chorobach przewodu pokarmowego. Ale takie badania można dokonywać tylko na wielkim materyale chorych, w klinikach i szpitalach. Aby zaś były wykonywane, należy, aby z jednej strony dostarczano potrzebną ilość materyału leczniczego bezpłatnie i aby były zapewnione fundusze w celu wynagrodzenia za dokonaną pracę. Takie fundusze łatwo osiągnąć można nałożeniem choćby minimalnej, ale stałej opłaty, czy to na właścicieli zdrojowiska, czy też na wszystkich przedsiębiorców w tem zdrojowisku, składaniem tych opłat na osobny kapitał, któryby bywał używany od czasu do czasu na prace konkursowe w tym zakresie.

Zdobyciem stałych funduszów, jakoteż opracowaniem planu samej akcyi naukowej, oraz jej prowadzenia, powinny się zająć kółka lekarzy zdrojowisk i uzdrowisk, każde dla swej miejscowości, a w danym razie łączyć się mogą dla akcyi wspólnej.

VIII. Wiadomości bieżące.

Kraków, dnia 12 maja.

Z dniem 23 kwietnia administracyę »Przeglądu lekarskiego« objął profesor dr. Stanisław Ciechanowski (ul. Wielopole, 4); do niego więc należy się zgłaszać we wszystkich sprawach, dotyczących prenumeraty, odbitek, załączników, ogłoszeń, inseratów i t. d.

* Tegoroczny Zjazd chirurgów polskich nie odbędzie się z tych samych powodów, które zniewoliły lwowski Komitet gospodarczy do odłożenia X Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich.

* Dnia 8 b. m odbyła się w Krakowie uroczystość poważna, powszechnie i szczerze odczuta — złożenia hołdu i wyrażenia wdzięczności prof. Dr. Henrykowi Jordanowi, założycielowi i kierownikowi »Parku« ćwiczeń cielesnych, w piętnastą rocznicę powstania tej instytucyi w Krakowie. Programowymi przedstawicielami tej uroczystości były dzieci obu płci i wszystkich szkół krakowskich: ludowych, wydziałowych, dobroczynnych i średnich, co stanowiło zastęp ośmiotysięczny, ustawiony w imponujący pochód, rozbrzmiewający kilku orkiestrami pojedynczych szkół. Z uczuciami dzieci łączyły się niemniej szczere, a może więcej uświadomione wdzięczne uczucia ich rodzin, które, wraz z przedstawicielami licznych instytucyi miejskich, pospieszyły na krakowskie błonia, gdzie odbyła się ta rzewna uroczystość. Tym sposobem ogół mieszkańców Krakowa dowiódł, że nie tylko umie być wdzięcznym, ale i że rozumie doniosłość wychowania fizycznego i znaczenie silnych rąk w zbiorowej wytwórczości odradzającego się narodu. Uroczystość zakończyła się ucztą w wielkiej sali „Sokoła“, podczas której mógł się prof. Jordan przekonać o szczerem uznaniu dla jego osoby, głęboko odczutem przez obywateli krakowskich, którzy się chlubią instytucyą przez niego założoną, tak wzorowo i z pożytkiem prowadzoną i będącą jednocześnie wzorem dla innych miast.

* Stopień doktora wszechnauk lekarskich w Uniw. Jagiell. otrzymał Aleksander Lauer.

* Dowiadujemy się, że arcyksiążę Józef, właściciel zakładu »Therapia-Palace«, powszechnie dziś znanej stacyi morskiej w Cirkwenicy nad Adryatykiem, zamierzył sprzedać ten zakład w obce ręce, a tem samem z Cirkwenicy ustąpiłby nie tylko dzisiejszy jej kierownik, Dr. Ebers, ale uzdrowisko to straciłoby swój dotychczasowy charakter polskiej stacyi morskiej. Jeśli dbamy o cechę polską Cirkwenicy, to nie czynimy tego oczywiście z pobudek politycznych, chociaż uznajemy znaczenie takich ognisk,ześrodkowujących obywateli jednego narodu a różnych państw, jak Zakopane, Cirkwenica i t. d; lecz idzie nam o tych chorych rodaków, którzy nie znają obcych języków, — (głównie przybywających z pod zaboru rosyjskiego), — a zwłaszcza o spokój duchowy leczących się, spokój którego w niemieckich stacyach od kilku lat Polacy wcale nie doznają. Sprzedaż Cirkwenicy tem przykrzejsze czyni wrażenie, że właśnie teraz dr. Ebers doprowadził tę stacyę do należytego porządku po długoletniem opuszczeniu i zakładowi dał warunki pierwszorzędnej stacyi morskiej. Dowiadujemy się, że Kroaci, na których ziemi leży Cirkwenica, organizują Towarzystwo akcyjne w celu zakupna tego uzdrowiska: byłoby rzeczą wielkiej wagi, gdyby polscy kapitaliści weszli w porozumienie z Kroatami i wytworzyli kroacko-polskie Towarzystwo akcyjne; tym sposobem zachowaliby Cirkwenicy dotychczasowy jej charakter i zapobiegli usadowieniu się gospodarki niemieckiej, tyle czyniącej nam przykrości i wstrętu w tych uzdrowiskach, w których gospodarują.

* W łonie warszawskiego Tow. lekarskiego zawiązała się sekcya położniczo-ginekologiczna, na czele której stanął Dr Boryssowicz, na wiceprezesów wybrano: Dra Neugebauera i Jaworskiego, a na sekretarza Dra Stankiewicza.

* Nowy Instytut fizyologiczny został otwarty d. 29 kwietnia w obecności ministra oświaty Hartla. Budynek kosztował 500.000 koron, odznacza się zewnętrzną prostotą, a natomiast wyróżnia się od innych wiedeńskich instytucyi uniwersyteckich nader zasobnem urządzeniem wewnętrznem.

* D. 4 b m. rozpoczęła swe posiedzenia ankieta, powołana przez Komisyę sanitarną Rady państwa do ułożenia projektu reformy stanu aptekarskiego. Ze strony zarządzającej Izby lekarskiej do ankiety tej zostali przybrani Drowie: Grün (Wiedeń), Sauer (N. Austrya), Frankenberger (Praga) i Brenner (Berno)

* Postanowieniem ministerstw: spraw wewn. i oświaty, kobiety zostały dopuszczone do studyum aptekarskiego z dyplomem liceum żeńskiego, oraz świadectwem gimnazyalnem z języka łacińskiego w zakresie pierwszych klas VI.

* »Das Oesterreichische Sanitätswesen« w ostatnim Nrze donosi, że w kilku gminach Czech i Moraw pojawiły się przypadki włośnicy (*trichiniasis*).

(A.) Do Tow. samopomocy lekarzy przystąpili następujący nowi członkowie: kol. Bibring S. (Nadwórna); Bobkiewicz Henryk (Kraków); Markl Józef (Horożanna Wielka); Topolnicki Jan (Tarnopol); Uchacz Błażej (Maków); Weinreb Salomon (Tłumacz). *Dr. Langie*, generalny sekretarz.

* Między 26 kwietnia a 2 maja doniesiono władzy o nowych przypadkach duru osutkowego w następujących powiatach Galicyi: buczackim (1 gm.), czortkowskim (1 gm.), drohobyckim (1 gm.), lwowskim (4 gm.), kamioneckim (3 gm.), kolbuszowskim (1 gm.), mościskim (1 gm.), podhajeckim (1 gm.), przemyślańskim (1 gm.), rawskim (3 gm.), skałackim (1 gm.), śniatyńskim (2 gm.), stanisławowskim (2 gm.), stryjskim (2 gm.), tarnopolskim (1 gm.), tarnowskim (1 gm.), tłumackim (1 gm.), turczańskim (10 gm.), złoczowskim (1 gm.), żółkiewskim (1 gm.).

Mianowania i odznaczenia. Tytuł profesora otrzymali: Dr. Kutscher, docent fizyologii w Marburgu i Dr. Krämer, starszy lekarz marynarki. Dr. Durig, docent fizyologii, mianowany profesorem nadzwyczajnym anatomii i fizyologii domowych zwierząt w szkole rolniczej w Wiedniu. Dr. Flemming mian. profesorem okulistyki w Londynie.

Nekrologia. Zmarli: prof. anatomii w Lipsku. Dr. His, lat 7 ; Dr. Arnold, prof. neurologii — w Baltimore. Dr. Rouget, b. prof fizyologii — w Montpellier. Dr. Holcombe, prof okulistyki i otyatryi — w Nowym Yorku. Dr. Bonnel, prof. historyi naturalnej — w Nantes.

Bibliografia:

— *Zdrowie* Z. 5. A. Landau: Sposoby określania wilgoci ścian. Goldberg: Sposoby usuwania wilgoci. Makowski: O przyczynach wilgoci w mieszkaniach piwnicznych, suterenowych i parterowych. Stamirowski i Makarczyk: Kosztorysy osuszania mieszkań. Zieliński: O konkursie na plany szpitalika prowincyonalnego.

— *Medycyna* Nr. 18. Bornstein: Wiąd rdzenia i psychoza.

— *Gazeta lekarska* Nr. 18. Horodyński: Przypadek wrodzonej olbrzymiości częściowej. Rabek: Przyczynek do leczenia płonicy surowicą przeciwpłonicza (dok. Rzętkowski: Badania nad losem roztworów solnych w żołądku ludzkim (dok.).

— *Krytyka lekarska* Nr. 5. Kaufman: Emanuel Kant w stuletnią rocznicę jego śmierci. Kosiński: W sprawie klinicznej oceny nowych leków. Giedroyć: Z dziejów szpitalnictwa w dawnej Polsce. Trzy przywileje (dok). Bieliński: Założenie Wydziału lekarskiego w Warszawie (c. d.).

— *Ginekologia* N. 3. Neugebauer: Hydromeningocele sacralis anterior. Borzymowski: Automatyczne zamykadło do irygatorów. Szybowski: Oderwanie się pępowiny od łożyska przy porodzie w pozycyi stojącej.

— *Przegląd dentystyczny* Z. 3. Seńkowski: Własności i skład chemiczny śliny.

— *Przegląd zdrojowy* Nr. 3. Skórczewski: Rzut oka na sprawy zdrojowisk i uzdrowisk w Galicyi. — O schronisku przy Morskiem Oku. J. F.: Krościenko nad Dunajcem, schronisko letnie-podgórskie, szczawy alkaliczno-słone.

— *Časopis lekařů českých* Nr. 18. Kose: Studie o alkalické reakci krve. Pexa: Angina diphtherica maligna. Zahradnicky: Zpráva o 6?4 kýlách v nemocnici německobrodké operovanych.

— *Sborník klinický* Z. 4. Brož: O angioneurotických oedemech. Hynek: Ankylostomiasis v české pánvi uhelné. Panýrek: Jednoduchá methoda ke křisení bezvědomých zvláště případů lehčích. Thomayer: O obrnách dnavých.

— *La Presse médicale* N. 34. Gilbert i Lereboulet: Przyczynek do badań nad skłonnością do samozakażenia. Przyroda zapalenia wyrostka robaczkowego.

— *Berliner klin. Wochenschrift* Nr. 18. Hueppe: Zapobieganie chorobom zakaźnym w szkole. Babes: Nieprawidłowości wzroku, prowadzące do przeobrażeń w kończynach (Akromegalie). Joachim: Znaczenie wykazania śladów krwi w stolcach. Scholtz: Znaczenie promieni gorących w leczeniu zogniskowanem światłem metodą Finsena. Doebert: Zapalenie worka sercowego i jego nakłucie. W. Koch: Stosowanie kamfory przez skórę zwłaszcza w leczeniu gruźlicy.

— *Wiener klin. Wochenschrift* N. 18. Koschier: Przyczynek do operacyjnego leczenia raka krtani. Kienböck: Dusznica bolesna pochodzenia histerycznego. Prześwietlanie: tężec serca. Siegel: W sprawie wysięku opłucnowego *e vacuo*. Bezděk: Przypadek migdałka obwisłego.

— *Münchener medic. Wochenschrift* Nr. 18. — Heineke: Wpływ promieni Röntgena na narządy wewnętrzne. Smidt: Przyczynek do oceny odczynu tuberkuliny. Büdingen i Geissler: Wpływ kąpieli o prądzie zmiennym na serce. Elkan i Wiesmüller: O próbach wdychiwań cieczy, zawierającej fenylopropiolan sodowy podług Bullinga. Hagentorn: Przypadek słoniowacinowego zgrubienia podudzia z rozlanemi guzowatościami i wytwarzaniem brodawek. Ebbinghaus: Przyczynek kazuistyczny wrodzonej wady serca i jej możebnych następstw. Cohn: Przypadek wrodzonej wady serca. Hönck: Osobliwy przypadek pęknięcia macicy ciężarnej. Fischer: Kiła dziedziczna serca. Groedel: Wartość mierzenia parcia krwi zapomocą stigmomanometru Riva-Rocci i skombinowanie jego z przyrządem dla kontroli.

— *Deutsche medic. Wochenschrift* Nr. 19. Askanazy: Etyologia i patologia motylicy kociej (*distomum felineum*) u ludzi. Rosenthal: Nowa surowica przeciw czerwonce i jej zastosowanie w leczeniu tej choroby. Wassermann: Czy istnieje biologiczna metoda różniczkowa dla odróżnienia zapomocą precypityny krwi ludzkiej od zwierzęcej? Chajes: O lewulozuryi pokarmowej w chorobach wątroby. Bettmann: Gruźlica skóry pod postacią trądzika (dok.). Ury: Ilościowe wykazanie wytworów gnicia i kiśnienia w kale.

Redakcya otrzymała: Beck: 1) Durch Operation geheilter Fall von Angioma racemosum; 2) The utilisation of the Lover lip in rhinoplasty. A nev procedure; 3) Ueber erstrebenswerte Ziele der Deutschen Medicinischen Gesellschaft der Stadt New-York; 4) On costal and thoracic Resection for pyothorax; 5) Heidelberg und Studententhum.

Wyciąg ze „Sprawozdania tygodniowego o ruchu ludności m. Krakowa".

W tygodniu 17 (od 1/V do 7/V) **urodziło się** dzieci: żywo: chł. 34, dz. 31; nieżywo: chł. 3, dz. 3. — **Zmarło**: miejscowych: męż. 19, kob. 16; zamiejscowych: męż. 13, kob. 8.

Przyczyna śmierci: 1) niedostateczny rozwój: miejscowych—, obcych 1. 2) gruźlica: miej. 18, ob. 6. 3) zapalenie płuc: miej. 2, ob. 1. 4) dławiec i błonica: miej. —, ob. 2. 5) krztusiec: miejsc. 1, ob. —. 6) ospa: miej. —, ob. —. 7) płonica: miej —, ob.—. 8) odra: miej. —, ob. 2. 9) dur osutkowy: miej. —, ob. —. 10) dur brzuszny: miej. —, ob. 1. 11) czerwonka: miej. —, ob. —. 12) Cholera azyatycka: miej. —, ob. —. 13) cholera dzieci: miej 2, ob. —. 14) Cholera swojska: miej. —, ob. —. 15) gorączka połogowa: miej. —, ob. —. 16) zakażenie przyranne: miej. —, ob. —. 17) inne choroby zakaźne: miej. —, ob. —. 18) choroby przen. ze zwierząt: miej. —, ob. —. 19) krwotok mózgowy: miej 1. ob. —. 20) choroby narządu krążenia: miej 3, ob 3. 21) nowotwory: miej. 2, ob. 1. 22) inne przyczyny śmierci natur.: miej. 4, ob. 2. 23) śmierć przypadkowa: miej. —, ob. 1. 24) śmierć gwałtowna: miej. 2, ob 1. **Razem** miej. 35, obcych 21.

Redaktor odpowiedzialny: Dr. August Kwaśnicki.

Towarzystwo lekarskie krakowskie odbędzie we środę, dnia 18 b. m., o godzinie 6-tej popołudniu, ***w sali wykładowej profesora Szajnochy,*** posiedzenie zwyczajne, na którem kol. dr. Bier mówić będzie: „O zakładzie do czyszczenia wody kanałowej w Sanatoryum zakopańskiem."